

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

70

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Henri BOUVIER

Né le 17 Juin 1902, à LE CAILAR (Gard)

Sur la
DISPARITION SPONTANÉE
des NICHES
dans les ULCÈRES GASTRIQUES

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Henri BOUVIER

Né le 17 Juin 1902, à LE GAILLAR (Gard)

Sur la
DISPARITION SPONTANÉE
des NICHES
dans les ULCÈRES GASTRIQUES

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAINEL.
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maur. VILLARET
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGELOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGEANT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	BEZANÇON.
Cardiologie clinique	MATHIEU.
	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

	MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD Henri..	Pathologie médicale.
BERNARD Et..	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON.....	Physique.
FEY	Urologie.
FUNK- BRENTANO	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
	DE GAUDART
	D'ALLAINES
	Pathologie chirurgicale.
	DE GENNES ...
	Pathologie médicale.
	GAYET
	Physiologie.
	GIROUD
	Histologie.
	HAGUENEAU ..
	Pathologie médicale.
	HALPHEN
	Oto-rhino-laryngologie.
	HAZARD
	Pharmacologie.
	HUGUENIN
	Anatomie pathologique.
	JOANNON
	Hygiène.
	LABBE Henri ..
	Chimie biologique.
	LACOMME
	Obstétrique.
	LANTUEJOL ..
	Obstétrique.
	LAROCHE Guy..
	Pathologie médicale.
	LELONG
	Pathologie médicale.



MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{le} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN.....	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) .	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT.....	Physiologie.

MM.	
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU- LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR.....	
LIAN	
VALLÉRY-RADOT (Pasteur)..	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER ...	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ..	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Stomatologie.
RUPPE	Microbiologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Institut

Membre de l'Académie de Médecine

Membre de l'Académie de Chirurgie

Grand Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. A. GUTMANN

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a toujours réservé le
meilleur accueil dans son service.

En témoignage de notre profonde
reconnaissance.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DUVAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

PASTEUR-VALLÉRY-RADOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CÂDENAT

MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALGLAVE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HALPHEN

MONSIEUR LE DOCTEUR BOIVIN

MONSIEUR LE DOCTEUR CAPETTE

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Sur la disparition spontanée des niches dans les ulcères gastriques

Introduction

Tous ceux qui ont fréquenté la consultation de Médecine de l'Hôtel-Dieu ou la consultation de gastro-entérologie de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière, savent avec combien d'ardeur et de compétence M. GUTMANN enseigne à ses élèves la gastro-entérologie et cherche à leur inculquer les principes simultanés de la clinique et ceux de cette science difficile, l'interprétation radiographique.

Il aimait en particulier, quand nous étions son externe à l'Hôtel-Dieu, faire constater à ses élèves les cas de disparition de niches ulcéreuses, notion nouvelle dont il a montré la réalité et l'importance.

Aussi, avons-nous été très touché quand il nous a proposé de consacrer notre thèse inaugurale à ce sujet auquel il s'intéresse tout particulièrement.

Nous avons envisagé, d'abord, d'étudier à ce point de vue les ulcères gastriques et les ulcères duodénaux, car la disparition des niches peut être également patente dans les deux localisations. Mais il nous est apparu que l'interprétation des phénomènes est assez différente dans les deux cas, et que, sur le mince organe qu'est le bulbe duodénal, des signes cicatriciels peuvent persister, parfois même des phénomènes de périiduodénite peuvent apparaître et troubler considérablement les aspects radiologiques résiduels, après

guérison de la poussée. Comme, d'autre part, le diagnostic avec le cancer ne se pose pas à propos des ulcères duodénaux, la question présente à leur sujet beaucoup moins d'intérêt.

Aussi, avons-nous préféré les exclure du cadre de notre étude et consacrer entièrement celle-ci à la *disparition des niches dans les ulcères gastriques* et aux conséquences théoriques et pratiques qui en découlent.

CHAPITRE PREMIER

La tendance qu'ont les douleurs dans les ulcères gastriques à disparaître spontanément pendant des périodes de plusieurs semaines, plusieurs mois, ou même plusieurs années, est une notion maintenant classique. C'est même, sans aucun doute, le meilleur élément de diagnostic clinique, celui qui permet presque d'affirmer l'ulcère sur le seul interrogatoire dans les formes typiques, celui qui fait y penser devant telle dyspepsie douloureuse, moins bien caractérisée, mais périodique.

Quand la radiologie apporta sa précieuse contribution au diagnostic de ces affections, l'idée n'est pas venue aux médecins ni aux radiologistes qu'il pût exister un parallélisme entre la tendance évolutive des signes radiologiques et celle des signes cliniques ; on pensait, en effet, que si les signes cliniques étaient intermittents, la lésion était stable et que la niche qui en paraissait la traduction radiologique directe devait être permanente au même titre. Cette façon de voir était d'autant plus facilement admise que l'utilité de faire subir des examens radiographiques à des sujets qui ne présentaient plus aucun trouble et se croyaient guéris n'apparaissait guère ; on ne faisait de nouveaux clichés que lorsque le malade recommençait à souffrir ; de nouveau une niche était constatée, au même siège que lors de la poussée précédente, et il était naturel de penser qu'elle n'avait pas disparu.

Pourtant, quand, plus tard, on eut l'idée de suivre ces malades radiologiquement comme on les suivait déjà cliniquement, la possibilité de voir disparaître des niches typiques au cours de l'évolution d'ulcères typiques apparut à nombre de gastrologues : c'est là, en effet, un fait d'observation objective d'une très grande netteté et qui s'impose à quiconque suit des ulcéreux radiologiquement.

Donc, le fait en lui-même fut assez rapidement constaté, mais l'interprétation qu'on en donna fut, à notre sens, erronée. En effet, comme il était d'ailleurs assez naturel, on retint ces observations comme des succès retentissants à l'actif de tel ou tel traitement médical, qui avait permis, disait-on, d'obtenir la cicatrisation d'une perte de substance des parois gastriques dénuée de toute tendance spontanée à guérir, cicatrisation dont témoignait la disparition de l'image radiologique.

C'est dans cette conviction que le médecin anglais SIPPY affirma, pour la première fois, la possibilité de la disparition des niches dont il attribuait tout le mérite au traitement qu'il préconisait. D'autres cas analogues furent ensuite publiés à l'étranger : en 1919, ROSENTHAL (Allemagne) publie plusieurs observations très probantes ; en 1920, OHNELL (Suède) apporte 34 cas de guérison radiologique sur une série de 36 ulcères ; BUCKENSTEIN, de New-York, fournit en 1921 un cas analogue de guérison ; SHATTWICK, de Chicago (octobre 1921) constate dans 5 cas sur 6 d'ulcères de la petite courbure, la disparition de la niche, de même DIAMOND, de New-York.

En 1922, MM. CAHLÉ et MOUTIER apportent à la Société de gastro-entérologie de Paris 6 cas de « disparition d'images diverticulaires accompagnant l'ulcère gastrique après traitement médical ». Un peu

plus tard, à la même Société, L. TIMBAL, puis FEISSELY (de Lausanne) ont fait également constater la disparition de niches traduisant radiologiquement des ulcères de la petite courbure grâce au traitement médical.

Nous ferons remarquer dès maintenant que, dans toutes ces observations, le traitement institué, et tenu pour curatif, consistait simplement dans l'administration de bismuth, parfois, mais pas toujours, de belladone, dans l'institution de repos alimentaire et physique ; bref, il s'agissait de traitements que nous considérons aujourd'hui comme purement symptomatiques.

Lorsqu'on vint à lancer dans la pratique médicale de nouvelles méthodes à intentions pathogéniques, protéinothérapie, pepsinothérapie, injections d'acides aminés ou d'extraits parathyroïdiens, etc..., la disparition de niches ulcéreuses fut le critère souvent invoqué ⁽¹⁾, comme garant de leur efficacité. Encore tout récemment, on peut relever dans les publications françaises ou étrangères des travaux avec reproductions radiologiques à l'appui, où la disparition des niches ulcéreuses, — fait en soi indiscutable — est considérée comme due à l'efficacité de telle ou telle thérapeutique, interprétation qui nous paraît au contraire des plus discutables.

En effet, *la disparition des niches ulcéreuses gastriques dans l'intervalle des poussées ulcéreuses est, à notre avis, un phénomène spontané*, elle représente radiologiquement le mode évolutif normal de la lésion ulcéreuse. Cette conception va à l'encontre de

(1) Nous ne disons pas « toujours ». Il est, en effet, des auteurs encore moins difficiles qui se contentent, comme preuve d'efficacité, de la disparition des douleurs, caractère pourtant absolument spontané dans l'ulcère.

celle qui est la plus communément admise selon laquelle l'ulcère est une perte de substance, une brèche tissulaire sans aucune tendance spontanée à la guérison, définition que l'on croit être celle donnée par CRUVEILHIER ; notons au passage qu'il n'en est rien, puisque CRUVEILHIER, dans son Mémoire de 1866, a étudié à côté des vieux ulcéreux calleux, les ulcères plus superficiels, dont il a très nettement indiqué la double tendance naturelle à la guérison spontanée et à la récurrence.

La Radiologie a confirmé ces vues, et de plus, elle a montré qu'elles doivent s'étendre aux ulcères plus profonds dont CRUVEILHIER n'envisageait pas la disparition, de telle sorte que, en résumé, de même que les douleurs, expression clinique de l'ulcère, doivent disparaître spontanément, de même on peut, et, qui plus est, on doit constater parallèlement l'effacement de l'image radiologique qui est l'expression directe de la lésion anatomique.

C'est à M. GUTMANN que revient tout le mérite d'avoir indiqué, il y a plusieurs années, le caractère spontané, normal de cet effacement des niches ulcéreuses, d'avoir insisté sur ce point et d'avoir indiqué les conséquences de haut intérêt pratique que l'on peut en tirer.

C'est là, également, le but que nous nous sommes assigné ici ; et, pour illustrer le fait objectif avant d'en déduire la portée pratique, il nous a paru utile de reproduire, d'ailleurs brièvement et en nous plaçant uniquement au point de vue qui nous occupe, un certain nombre d'observations d'ulcères que nous avons recueillies soit à la consultation de l'Hôtel-Dieu, soit à la Consultation de Gastro-entérologie de la Salpêtrière.

Nous aurions pu les multiplier : mais elles seraient

calquées les unes sur les autres ; nous avons préféré en limiter le nombre, ne retenir que les observations originales représentant des types, et les faire toujours suivre des reproductions radiographiques utiles.

Après avoir critiqué ces observations et vu quelles objections on pourrait opposer à la conclusion que nous en tirons, nous verrons quels enseignements on peut déduire, de ce caractère spontanément résolutif de la niche ulcéreuse, au sujet de sa signification, de son « substratum anatomique ».

Nous déduirons la portée pratique de cette notion, nous essaierons de montrer combien il peut être utile de l'avoir présente à l'esprit, qu'il s'agisse de faire un diagnostic d'ulcère dans certaines circonstances, ou bien plus encore de suivre son évolution et de juger de l'efficacité de telle ou telle thérapeutique qui lui a été opposée.

Enfin, et c'est peut-être la notion la plus importante, nous montrerons le rapport qu'a cette notion nouvelle avec le diagnostic du cancer gastrique.

CHAPITRE II

Observations

A. — DISPARITIONS DE NICHES SANS AUCUN TRAITEMENT NI REGIME.

OBSERVATION 1

M. A. Lai... (consultation de l'Hôtel-Dieu).

L'interrogatoire (25 mars 1934) apprend que ce malade a présenté, il y a quelques années, une poussée de douleurs gastriques de type ulcéreux qui s'est terminée sans aucun traitement au bout d'un mois.

Actuellement il ressent, depuis environ deux mois, des douleurs épigastriques à irradiations postérieures survenant deux heures après les repas, peu influencées par les aliments et les alcalins.

L'examen radiologique pratiqué le 27 mars 1934, montre une grosse niche de la petite courbure qui en position debout prend le type de la niche de Haudeck avec un niveau liquide.

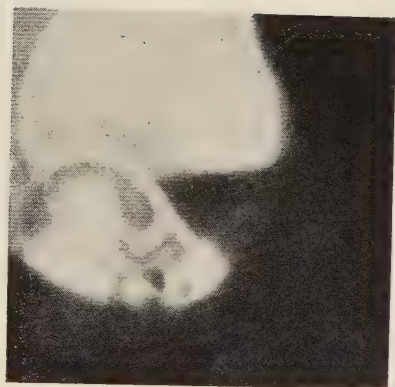
On donne au malade des indications pour faire régime, bismuth, protéinothérapie.

On revoit le malade un an après, à l'occasion d'un épisode intestinal aigu. A ce moment, on apprend que peu de temps après sa visite de mars 1934, les douleurs ont spontanément disparu et que le malade n'a fait ni les traitements, ni les régimes qui lui avaient été indiqués.

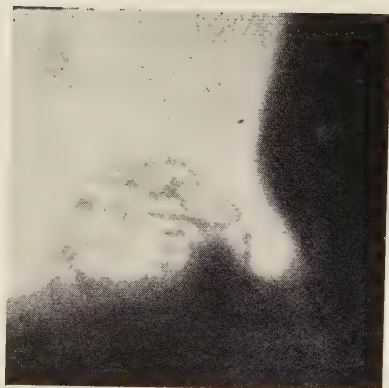
Il n'a plus souffert de l'estomac jusqu'à ce jour.

En mars 1935.

On pratique un examen radiologique et l'on constate que malgré l'absence de tout traitement la niche a complètement disparu.



27 mars 1934



mars 1935

OBSERVATION 2

M. Gr...

L'interrogatoire (6 avril 1931) apprend que depuis quinze ans ce malade présente, environ tous les ans, une poussée ulcéreuse durant à peu près un mois.

Une nouvelle poussée éclate fin février 1931.

L'examen radiologique pratiqué le 8 avril 1931, montre une grosse niche de la petite courbure.

Sans aucun traitement, le malade est envoyé à M. Gutmann pour qu'une décision soit prise, et, lorsqu'il arrive à Paris, au début de mai, il a déjà cessé de souffrir.

Le 5 mai 1931.

Un nouvel examen radiologique montre que *malgré l'absence de tout traitement, la niche a disparu avec la fin de la poussée.*

Le malade est mis au régime des ulcéreux et prend tous les jours du bismuth.

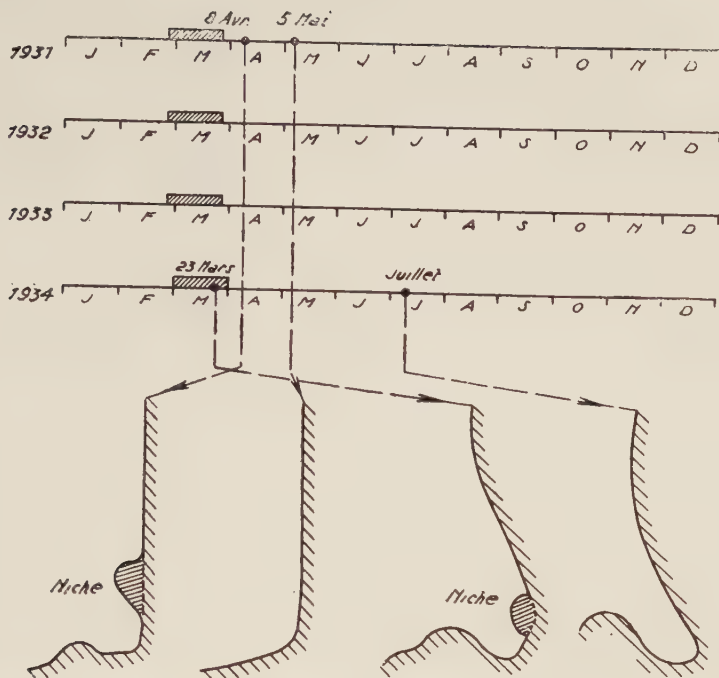
En mars 1934.

Malgré la continuation du régime et des prises de bismuth, une nouvelle poussée survient et il apparaît une grosse niche de la petite courbure comme le montre les clichés radiographiques du 23 mars 1934. Le malade est mis au traitement classique.

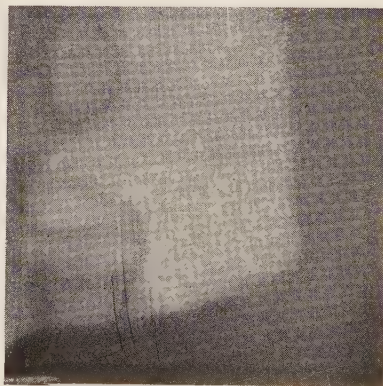
En juillet 1934.

Cliniquement. — Le malade a cessé de souffrir depuis environ deux mois.

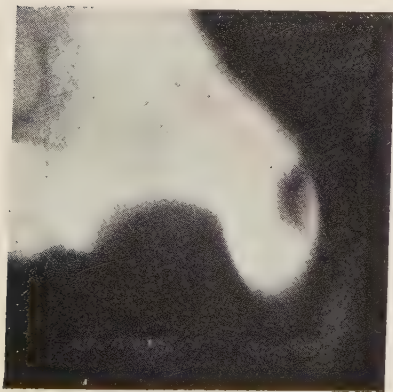
Radiologiquement. — La niche a complètement disparu.



8 avril 1931



5 mai 1931



23 mars 1934



juillet 1934

OBSERVATION 3

M. R. T..., 26 ans, étudiant.

L'interrogatoire apprend que pour la première fois de sa vie le malade commence à se plaindre, au début de septembre 1932, de violentes douleurs post-prandiales.

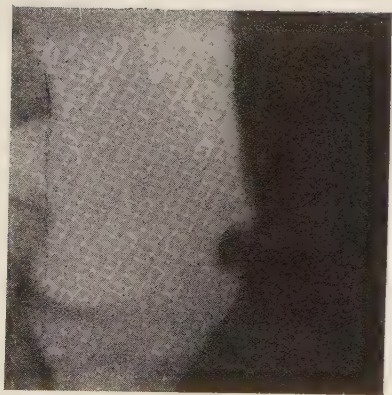
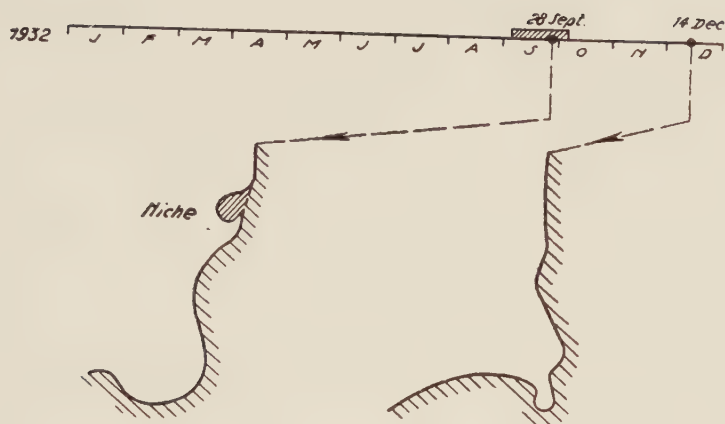
L'examen radiologique pratiqué à Clermont-Ferrand le 28 septembre 1932, montre une niche de la petite courbure de la taille d'un pois.

Envoyé à Paris pour décision à prendre, il consulte, au début de décembre.

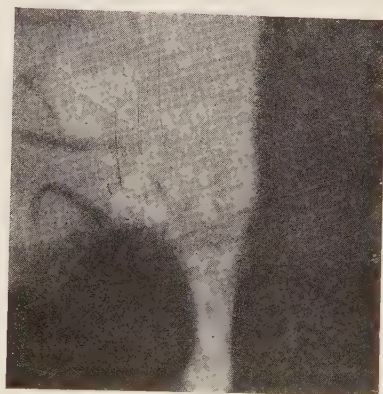
Cliniquement. — Le malade a cessé, *spontanément et sans aucun traitement* de souffrir après environ un mois de douleurs.

Radiologiquement. — *La niche a complètement disparu* comme le montrent les clichés pratiqués le 14 décembre 1932, un mois et demi après la fin de la poussée.

Ce malade revu à plusieurs reprises n'a plus souffert. Il s'est agi d'une poussée unique comme le fait n'est pas rare.



28 septembre 1932



14 décembre 1932

B. — DISPARITIONS DE NICHES AVEC DES TRAITEMENTS VOLONTAIREMENT INSIGNIFIANTS.

OBSERVATION 4

M. J. M..., 26 ans. (Consultation de l'Hôtel-Dieu).

L'interrogatoire (20 octobre 1935) de ce malade apprend que les troubles gastriques qu'il présente sont d'apparition récente, puisqu'ils ne remontent pas à plus de dix jours. Le 10 octobre 1935, il a commencé à ressentir des douleurs épigastriques violentes à type de brûlure, irradiant dans le dos, commençant deux heures après les repas, légèrement calmées par des alcalins.

On pense qu'il s'agit d'une première poussée ulcéreuse, car on ne trouve dans les antécédents éloignés de ce malade aucun trouble digestif.

L'examen radiologique :

Est pratiqué le 26 octobre 1935.

Dès l'examen radioscopique, on note l'existence d'une tache à la partie moyenne de la petite courbure et d'un point douloureux très net au même niveau.

La radiographie montre une niche évidente de la petite courbure.

L'évolution se fait vers une atténuation des douleurs à la suite d'un traitement volontairement insignifiant (traces de bismuth et de belladone).

Au début de novembre 1935.

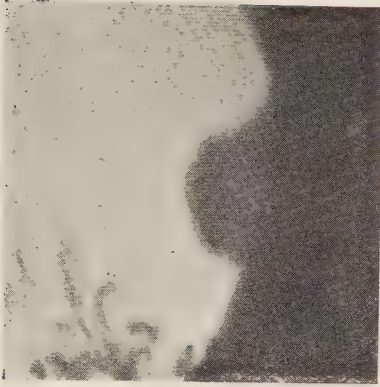
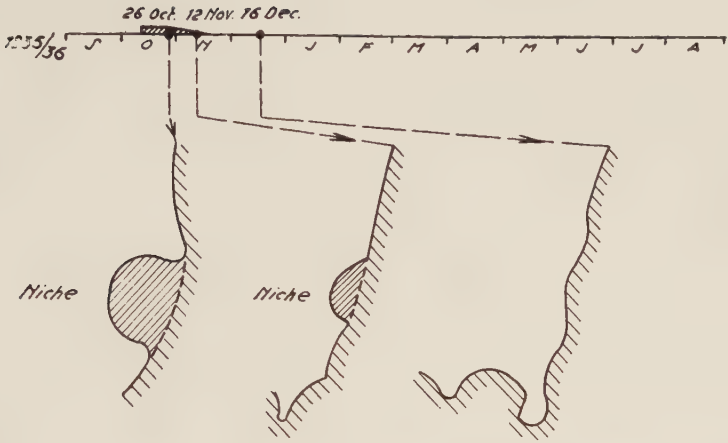
Cliniquement. — Le malade présente encore, une heure après le repas de midi, et deux heures après le repas du soir, un point douloureux dorsal.

Radiologiquement. — Il persiste une niche, plus petite et plus régulière que lors du premier examen.

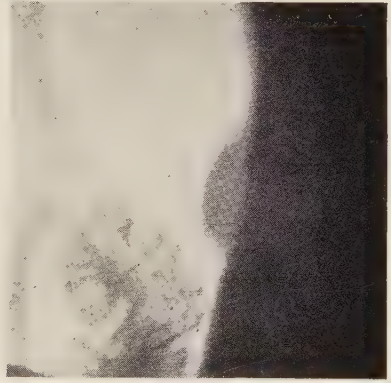
Vers la mi-décembre 1935. — (Soit un mois et demi après le premier examen) :

Cliniquement. — Le malade se plaint encore de douleurs, mais vagues, peu intenses, sans horaire précis.

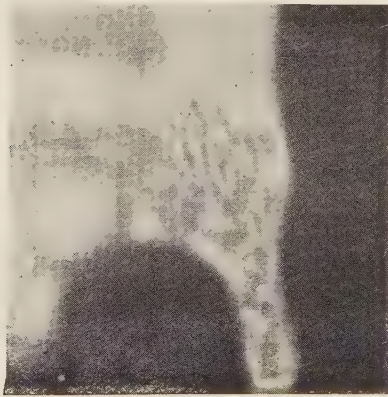
Radiologiquement. — La niche a complètement disparu. Il ne reste qu'une zone de rectitude sur la petite courbure.



26 octobre 1935



12 novembre 1935



16 décembre 1935

OBSERVATION 5

M. C. L..., 36 ans, bijoutier (consultation de l'Hôtel-Dieu).

L'interrogatoire (5 novembre 1934) de ce malade permet de retrouver l'histoire de deux crises ulcéreuses :

L'une remontant à sept mois, environ, et ayant duré une quinzaine de jours ;

L'autre ayant débuté douze jours, environ, avant la consultation.

Il s'agissait, dans la deuxième, de douleurs épigastriques à type de brûlures à irradiations dorsales, rythmées par les repas et revenant trois à quatre heures après eux, durant deux heures environ.

Dans l'intervalle des crises, soit pendant six mois, la latence clinique a été totale.

On relève dans les antécédents de ce malade une syphilis datant de cinq ans régulièrement traitée.

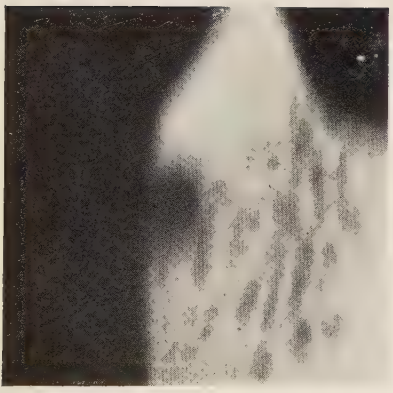
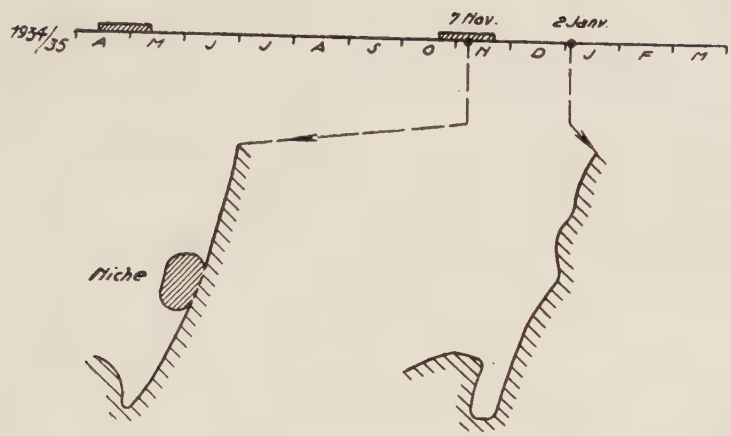
L'examen radiologique est pratiqué le 7 novembre 1934.

Une série duodénale ne montre rien d'anormal, mais, la radiographie gastrique montre une niche sur la petite courbure.

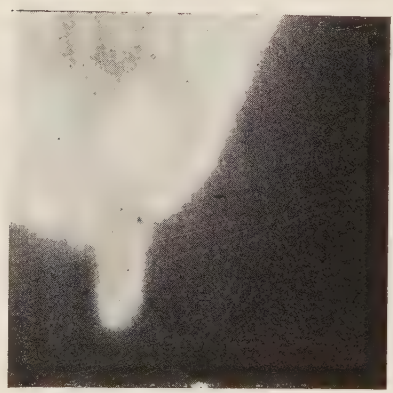
Ce malade a été soumis à un traitement consistant seulement dans l'administration de très petites doses de bismuth et de belladone et, au bout de très peu de jours de cette thérapeutique volontairement anodine, les douleurs se sont arrêtées.

Le 2 janvier 1935. — De nouvelles radiographies gastriques ne permettent pas de retrouver de trace de la niche.

Ce malade a été revu récemment et il n'avait pas présenté depuis de nouvelle poussée ulcéreuse.



7 novembre 1935



2 janvier 1936

OBSERVATION 6

M. Ad. F..., 32 ans (consultation gastro-entérologique de la Salpêtrière).

L'interrogatoire (7 janvier 1936) de ce malade retrace une histoire ulcéreuse typique datant de deux ans.

Les crises douloureuses duraient un mois, environ, et étaient séparées par des intervalles de latence de trois mois. Toutefois, une période de calme de dix mois avait précédé la dernière poussée ulcéreuse, laquelle avait débuté vers le 25 décembre 1935, et ayant été particulièrement douloureuse, amenait le malade à consulter.

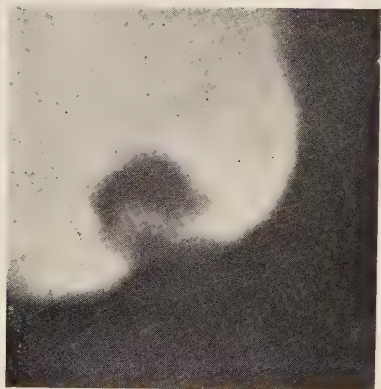
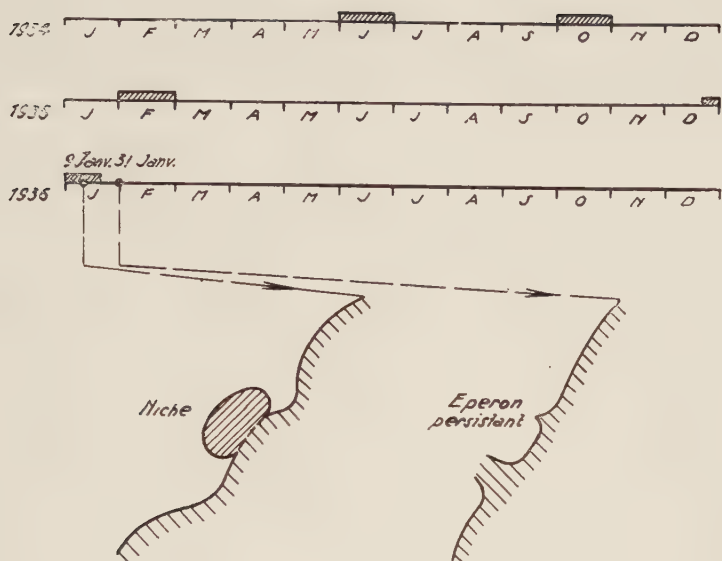
L'examen radiologique. — Praticué le 9 janvier 1936, montre une niche volumineuse de la petite courbure.

Un traitement très anodin (une demi-cuillerée à café de bismuth et 2 gouttes de teinture de belladone avant chacun des repas) est prescrit.

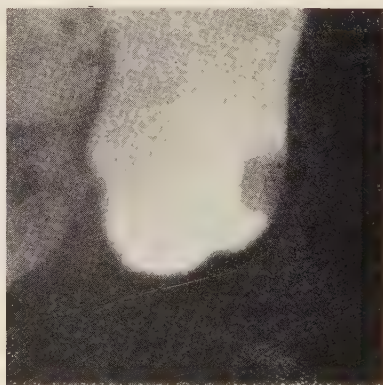
Le 31 janvier 1936 :

Cliniquement. — La guérison est complète depuis dix jours.

Radiologiquement. — La niche a disparu (il ne persiste qu'un très petit éperon, sans aucun rapport avec la volumineuse niche précédemment constatée).



9 janvier 1936



31 janvier 1936

NOTA. — La figure et le schéma de droite ont été mal dessinés et reproduits. — En réalité, sur l'image du 31 janvier 1936, la niche n'est plus révélée que par une très légère saillie et l'image située au-dessus est l'angle de Treitz, inconstant sur ces clichés.

C. — DISPARITION D'UNE NICHE MALGRE TRAITEMENT
ERRONÉ.

OBSERVATION 7

M. G. S..., 55 ans, représentant de commerce (consultation de gastro-entérologie de la Salpêtrière).

L'interrogatoire (4 mai 1936) de ce malade retrace une histoire de troubles digestifs datant de deux ans environ, qui fait croire à une cholécystite chronique et prescrire un traitement approprié ; celui-ci apporte au malade un réel soulagement.

Mais, lors d'une deuxième consultation, un doute vient quant à l'exactitude du diagnostic porté, et on demande un examen radiologique du tube digestif.

L'examen radiologique. — Pratiqué le 26 mai 1936, montre une niche typique de la petite courbure.

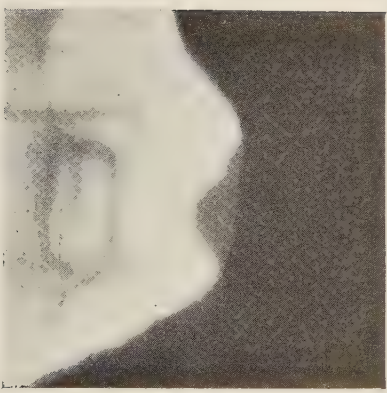
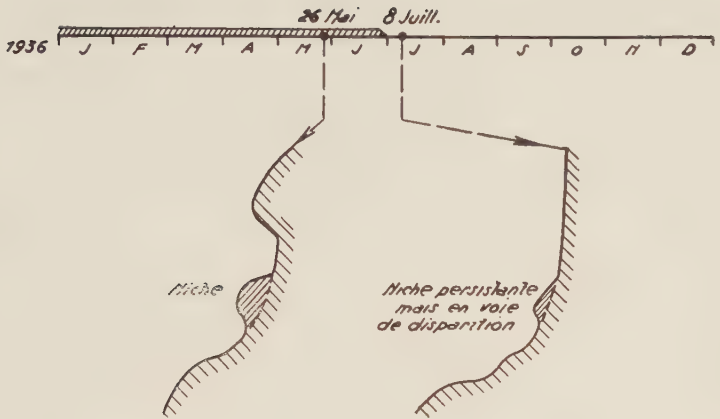
Une gastroscopie montre très nettement la lésion sur la face antérieure de la petite courbure.

Le 8 juillet 1936.

Bien qu'aucune modification n'ait été apportée à la thérapeutique, c'est-à-dire, bien que le malade ait continué à être soumis à un traitement hépato-intestinal bien différent du traitement ulcéreux classique (huile d'olive, spécialité à base de sulfate de magnésie, potion de Schoum).

Cliniquement. — La guérison est pratiquement totale.

Radiologiquement. — La niche est beaucoup plus petite, presque disparue.



26 mai 1936



8 juillet 1936

D. — DISPARITION DES NICHES AVEC DES TRAITEMENTS TRES COURTS.

OBSERVATION 8

M. R. FE..., 58 ans, boucher (consultation de gastro-entérologie de la Salpêtrière).

L'interrogatoire (8 novembre 1935) relate une histoire très ancienne de troubles digestifs ; depuis vingt ans, ce malade présente, deux fois par an, en moyenne, des crises douloureuses durant quinze à vingt et un jours ; douleurs épigastriques sans irradiation, nettement rythmées par les repas et apparaissant deux heures après chacun d'eux, calmées par les vomissements que le malade provoque.

Entre les poussées, existent des troubles légers, à type de pesanteur gastrique, améliorés par le bicarbonate de soude.

Le malade n'a jamais suivi aucun régime, ni aucun traitement.

Examen radiologique. — Praticué le 10 novembre 1935, montre une niche ulcéreuse au niveau du tiers inférieur de la partie verticale de la petite courbure. Un traitement classique est prescrit.

Le 29 novembre 1935. — (Après dix-sept jours de bismuth.)

Cliniquement. — Les douleurs ont disparu depuis deux jours.

Radiologiquement. — La niche apparaît très diminuée de volume.

Le 29 novembre on commence une série de protéinothérapie.

Le 10 janvier 1936.

Cliniquement. — La crise est terminée depuis plus d'un mois.

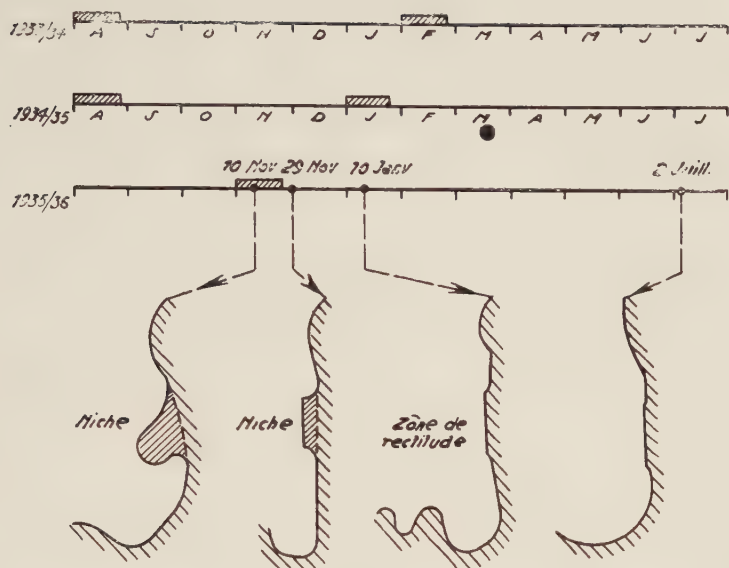
Radiologiquement. — La niche a complètement disparu.

En avril 1936.

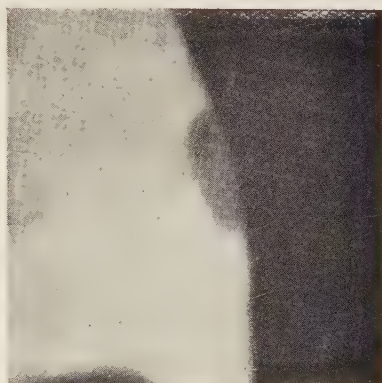
Une nouvelle série de protéinothérapie a été prescrite en vue d'empêcher l'apparition de nouvelles crises.

En juillet 1936.

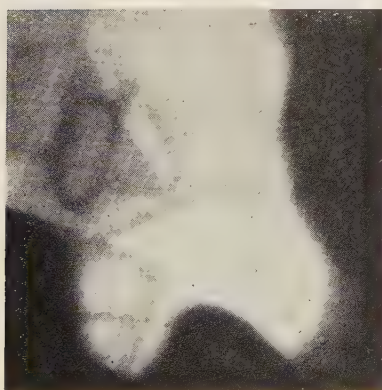
La guérison clinique et radiologique est complète.



10 novembre 1935



29 novembre 1935



10 janvier 1936



2 juillet 1936

OBSERVATION 9

M. L. Mar..., 38 ans (consultation de l'Hôtel-Dieu).

L'interrogatoire (6 décembre 1935) de ce malade décèle une histoire récente de douleurs épigastriques nettement rythmées par les repas et revenant deux heures et demie à trois heures après eux.

Ces douleurs sont apparues, pour la première fois, le 15 novembre 1935 et se sont répétées les jours suivants, sans exception, jusqu'au 1^{er} décembre 1935.

Depuis, le malade qui n'est soumis à aucun régime ne souffre plus.

L'examen radiologique est pratiqué le 20 décembre 1935.

La radioscopie montre la présence d'une quantité assez importante de liquide dans l'estomac ; dès le début de l'ingestion, on voit à la partie supérieure de la petite courbure à 7 centimètres au-dessous du cardia, une image diverticulaire qui persiste durant tout l'examen. Cependant, il n'existe pas de point douloureux net à ce niveau.

La radiographie confirme avec évidence l'existence d'une énorme niche.

En plus du traitement habituel, on prescrit une série d'injections d'acides aminés à raison de 3 injections par semaine.

Le 7 janvier 1936 (dix-sept jours après le début du traitement), de nouvelles radiographies montrent une diminution nette de la niche.

On supprime bismuth et belladone, mais on continue les injections d'acides aminés.

Le 29 février 1936.

La niche a complètement disparu.

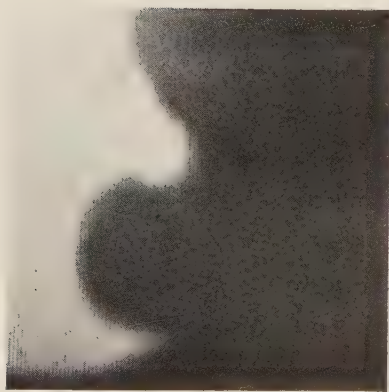
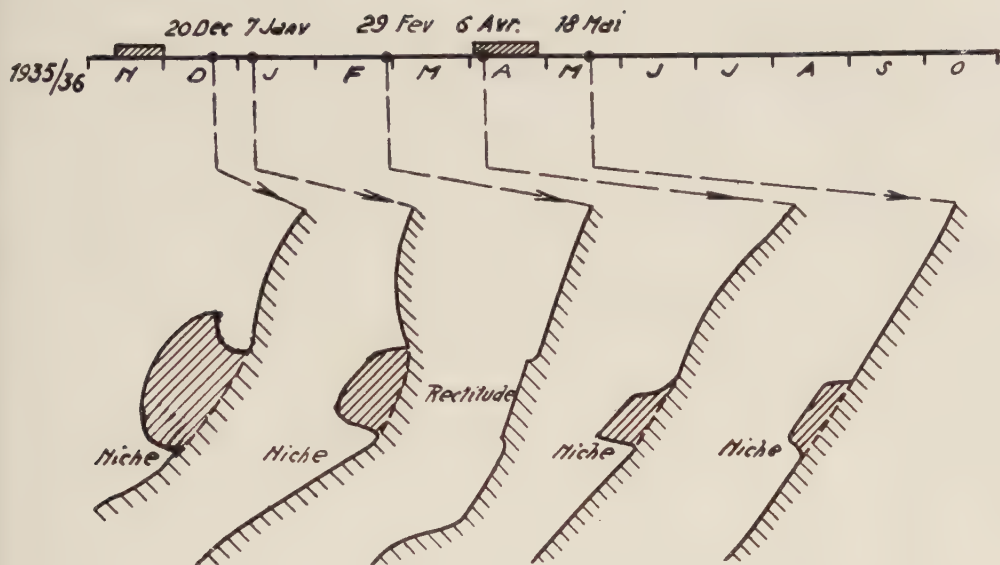
Le 3 avril 1936.

Après un intervalle de latence de trois mois, environ, reprise de douleurs semblables à celles de la première poussée ; de nouvelles radiographies montrent la réapparition d'une petite niche qui a la même localisation que lors de la première poussée.

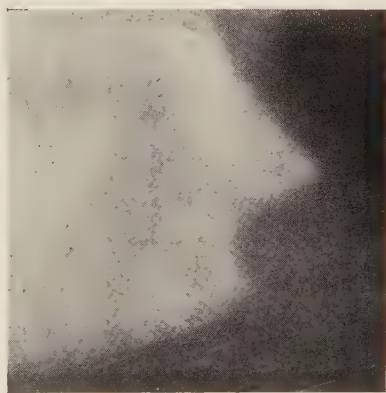
Le traitement par les acides aminés est repris ; les douleurs durent néanmoins aussi violentes pendant une douzaine de jours, et il persiste une semaine de plus un endolorissement vague de la région épigastrique.

Le 18 mai 1936.

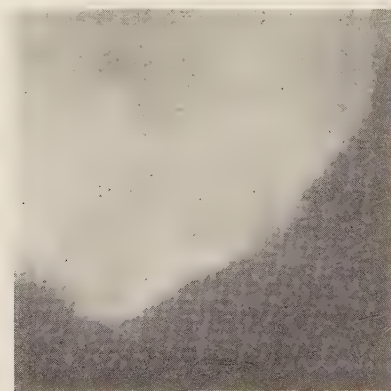
Le malade ne souffre plus depuis trois semaines : il reste, pourtant, avec netteté une niche de la petite courbure. Devant cette anomalie, on engage le malade à venir se faire radiographier de nouveau le mois suivant. Malheureusement, il n'a pas été revu à la consultation depuis lors.



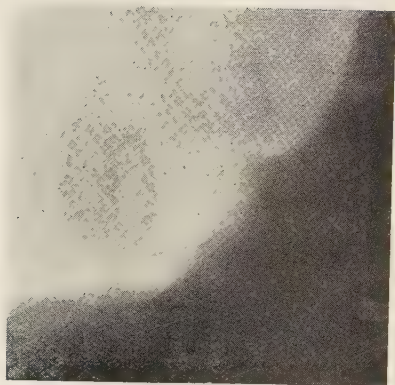
20 décembre 1935



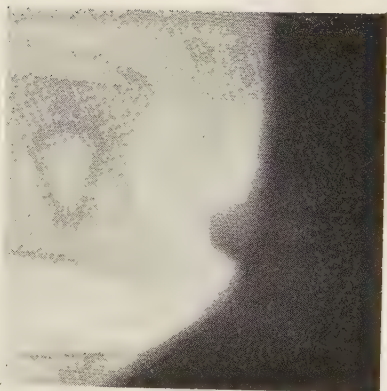
7 janvier 1936



29 février 1936



6 avril 1936



18 mai 1936

CHAPITRE III

Justification de la qualité spontanée que nous attribuons à la disparition des niches ulcéreuses

Dans ces neuf observations d'ulcères de la petite courbure, on a donc pu constater radiologiquement l'existence d'une niche typique lors d'une poussée douloureuse, puis sa disparition complète ou presque complète la poussée terminée, et, même dans certains cas, la réapparition de la niche lors d'une poussée ultérieure. Avant d'en inférer que la disparition de la niche fait partie du cycle évolutif normal des ulcères gastriques, il nous faut répondre à deux objections qui pourraient être faites :

— Le rôle dans cette disparition que nous qualifions de spontanée, du traitement qui a, bien entendu, dû être institué dans presque tous les cas ;

— L'éventualité qu'une niche persistante ait échappé à l'investigation radiologique.

Il est difficile de réfuter cette deuxième objection par un argument définitif, car on sait combien il peut être difficile, dans certains cas, de mettre en évidence une niche ulcéreuse authentique. Si nous n'avions, pour étayer la thèse que nous défendons ici, que quelques cas péniblement réunis, cette objection suffirait à jeter un doute des plus sérieux sur le fait que nous avançons. Mais, il n'en est pas ainsi, les observations que nous avons relatées sont, nous l'avons dit, choi-

sies parmi un très grand nombre de cas semblables.

M. GUTMANN a déjà, lui-même, publié un certain nombre de radiographies analogues à celles que nous avons fait reproduire, et nous avons la conviction qu'un très grand nombre d'ulcères récents, évolutifs, pourraient fournir des clichés aussi démonstratifs, à condition d'être examinés radiologiquement dans des circonstances favorables. Qu'il nous soit permis, aussi, de faire valoir la qualité des examens radiologiques auxquels ont été soumis nos malades. Ceux-ci ont été faits, soit dans le service d'électroradiographie du Dr DIOCLEÈS à l'Hôtel-Dieu, soit dans le service du Dr LEDOUX-LEBARD à la Salpêtrière. Quand nous reproduisons une radiographie où l'on ne relève pas trace de niche, celle-ci a presque toujours été prise au hasard entre 8 ou 10 clichés en série semblables, et les radiographies ont toujours été précédées d'une recherche radioscopique attentive de la niche, sous plusieurs incidences de rayons et dans plusieurs attitudes du malade, selon des règles aujourd'hui classiques et que nous n'avons pas à développer ici.

Dans ces conditions, nous croyons qu'il serait difficile de soutenir que, dans nos cas, des niches aussi importantes que celles que nous avons trouvées en période de crise aient pu échapper aux examens ultérieurs si elles avaient encore existé. D'autre part, *il y a un rapport tellement strict entre les poussées douloureuses et l'existence des niches, la latence clinique et leur disparition, que l'hypothèse d'une série de coïncidences ne nous semble pas pouvoir être raisonnablement retenue.*

La réalité de la disparition des niches étant admise, reste à établir qu'elle est bien spontanée et non le résultat d'une action thérapeutique.

Si nous voulions classer les observations ci-dessus

reproduites depuis les traitements qui ont été appliqués, nous verrions que dans les trois cas (Obs. I, II, III) la disparition de la niche a pu être constatée en dehors de tout traitement.

Dans trois autres cas, les malades ont été soumis à un traitement volontairement très anodin, institué uniquement à éviter une influence psychique défavorable.

Dans un cas (Obs. VII), le malade s'est trouvé être soumis à un traitement très différent du traitement anti-ulcéreux classique (huile d'olive, coréine et potion de Schoum). Ce cas est à rapprocher d'un autre relaté par M. GUTMANN, ou, par suite de l'erreur de diagnostic d'un médecin de ville, un ulcéreux a été traité pour ptose et atonie gastrique par l'acide phosphorique, acide chlorhydrique, pepsine, ce qui n'a nullement empêché la poussée ulcéreuse de se terminer.

Dans un autre cas, le malade a été soumis pendant peu de temps au traitement qui est habituellement prescrit aux ulcéreux à la consultation de l'Hôtel-Dieu, lequel consiste en un régime modéré, et en l'administration de bismuth et de belladone le plus souvent associés selon la formule suivante :

Carbonate de bismuth	à 50 gr.
Sirop de belladone	
Looch blanc du Codex	180 c. c.

(1 cuillerée à soupe avant chaque repas)

Enfin, dans la dernière observation, le malade a été traité par protéinothérapie et injections d'acides aminés.

On ne peut qu'être frappé par le contraste entre la diversité des thérapeutiques instituées, et la constance de disparition des niches. Les cas où le traitement a été nul ou volontairement insignifiant sont particu-

lièrement démonstratifs. Quant au traitement anti-ulcéreux classique, nous ne voulons pas dire qu'il soit superfétatoire, nous avons même la conviction qu'il atténue les douleurs, raccourcit la durée de la poussée, favorise même la cicatrisation de l'ulcère. Nous ne pouvons guère lui attribuer une action plus énergique et admettre qu'il puisse transformer radicalement la tendance évolutive de l'ulcère en amenant en quelques jours à se cicatrifier une lésion qui n'aurait aucune tendance spontanée à se réparer.

Nous verrons plus loin comment on pourrait juger de l'efficacité des différents traitements, et en particulier de ces traitements « modernes » à tendances pathogéniques dont l'Observation IX offre un exemple. Tout ce que nous en dirons, pour le moment, c'est qu'ils ne sont absolument pas une condition nécessaire de la disparition des niches ulcéreuses.

Nous croyons donc pouvoir conclure que, comme nous l'avions annoncé, la disparition des niches est *un fait, un fait d'expérience, un fait dont la réalité n'est pas discutable, et que c'est un phénomène spontané, résultant d'une tendance naturelle de l'ulcère*, que le traitement favorise sans doute, mais qui se manifeste très nettement en dehors de toute thérapeutique.

Quand nous avons retracé l'évolution des idées sur la tendance évolutive des niches ulcéreuses gastriques, nous avons vu que la possibilité de les voir disparaître a été assez rapidement admise, mais cette disparition a presque toujours — jusqu'aux travaux de M. GUTMANN — été attribuée à l'action de la thérapeutique. Encore aujourd'hui, on voit dans de très nombreuses publications, arguer de la disparition d'une niche pour conclure à la remarquable efficacité de tel

ou tel traitement. C'est ainsi que, dans l' « *Américan Journal of Digestif diseases* », J. T. EADS, en septembre 1935, a publié un important travail à la louange de l'histidine, et WODMANN et ROWLAND, en février 1936, un article dans un sens analogue, l'un et l'autre accompagnés de nombreuses reproductions radiographiques, montrant la disparition de la niche « sous l'action du traitement ».

Nous pourrions en multiplier les exemples. Tous les protagonistes des traitements « modernes », « à tendances pathogéniques » ont fondé sur des succès de cet ordre leur argumentation en faveur de la thérapeutique qu'ils prônent — qu'il s'agisse de proteinothérapie, d'insulinothérapie, d'opothérapie parathyroïdienne, d'injections de pepsine, de benzoate de soude, d'ingestion de mucine gastrique, d'injections d'acides aminés, histidine ou tryptophane. On voit également des syphiligraphes imputer à un traitement antisiphilitique, la disparition de niches gastriques de type ulcéreux.

M. VASSELLE, d'Amiens, dans un article des « *Cahiers de Radiologie* », de février 1936, sur *la disparition des niches et images diverticulaires gastriques après traitement médical de l'ulcère d'estomac* aboutit même à une classification basée sur la facilité avec laquelle est obtenue la cicatrisation.

Voici ses conclusions :

« On peut, au point de vue pratique, établir la classification suivante :

1° Ulcères se cicatrisant sous une influence thérapeutique minime, petit régime, ou petit traitement par des saturants ou simple repos. (Clinosédation de CARNOT et CAROLI.)

2° Ulcères se cicatrisant en un mois environ, par le traitement classique (pansements gastriques ou satu-

rants) et par un régime large, excluant la viande et tous aliments irritants pour l'estomac ; la grande majorité des cas rentre dans cette catégorie.

3° Ulcères rebelles au traitement classique, mais se cicatrisant par d'autres moyens (méthode de SIPPY, pepsinothérapie, extrait parathyroïdien, acides aminés, traitement spécifique, etc...).

4° Ulcères présentant des récides fréquentes ou se cicatrisant incomplètement, ou tout à fait rebelles au traitement médical. Ces cas relèvent de la chirurgie. »

L'éventualité que nous considérons comme la plus fréquente, à savoir la disparition *spontanée* de la niche, *n'est même pas envisagée*, et l'on voit ainsi combien les idées encore actuellement courantes sur cette question, que cet article exprime très clairement, diffèrent de celles que nous défendons ici.

Nous trouvons aussi, dans ces conclusions, une notion sur laquelle nous aurons à revenir : c'est qu'à côté des ulcères qui cicatrisent (ce que nous préférons exprimer en disant que la niche disparaît, puisque nous ne savons pas si les deux expressions sont équivalentes) il est des ulcères rebelles à niche persistante : mais ce ne sont pas ceux que nous envisageons pour le moment.

Donc, le point de divergence entre l'opinion que nous soutenons et celle de la quasi totalité des auteurs qui ont étudié la disparition des niches, c'est le rôle que joue le traitement dans cette « cicatrisation » ; car notre doctrine est que ce rôle est certainement favorisant, mais certainement pas déterminant.

A vrai dire, il est tout naturel que ces erreurs d'interprétation aient pu se produire et persister ; un médecin voit un malade en pleine crise ulcéreuse ; l'examen radiologique montre une niche typique. Bien entendu, un traitement « classique » ou « moderne »

est institué. Presque immédiatement après les douleurs cessent. On fait de nouvelles radiographies : la niche a disparu. Comment ne pas attribuer cette guérison à la thérapeutique ? C'est ainsi que, méconnaissant la tendance naturelle de l'ulcère à la guérison radiologique comme à la guérison clinique, on ne pense pas que le traitement a pu être institué dans les derniers jours de la crise, et que celle-ci n'a fait que suivre son cours normal.

Aussi la disparition des signes radiologiques de l'ulcère ne saurait-elle être considérée, en aucun cas, comme un test d'efficacité thérapeutique, et cela étant, les seuls critères que nous puissions reconnaître sont :

L'arrêt presque immédiat des douleurs dès l'institution du traitement, de telle sorte que la durée de la poussée ulcéreuse traitée soit très notablement plus courte que la durée moyenne des poussées ulcéreuses précédentes.

Et mieux encore, l'absence de récurrence ulcéreuse ou tout au moins l'allongement de la durée des intervalles de latence, de telle sorte qu'elle devienne très notablement supérieure à ce qu'elle était en moyenne avant l'institution du traitement.

Il est commode, pour juger de ces deux facteurs, de schématiser, sur le conseil de M. GUTMANN, la durée et la fréquence des crises ulcéreuses par des courbes, telles que celles que nous avons jointes à nos observations et dont on compare l'allure générale avant et après l'institution de la thérapeutique.

Un des aspects curieux de ce problème de l'efficacité de la thérapeutique sur les ulcères gastriques est celui qui se présente chez les syphilitiques. Dans un ouvrage récent consacré à la syphilis gastrique, A. LANDAU et J. HELD admettent qu'il existe, à côté d'ulcères banaux, chez des syphilitiques, des cas plus ra-

res d'ulcères de nature authentiquement syphilitiques, qu'ils appellent syphilogènes, caractérisés par leur résistance au traitement habituel des ulcères et leur sensibilité au traitement anti-syphilitique : ils insistent, en pareil cas, sur l'amélioration subjective rapide et sur la disparition non moins rapide des niches « ce qui, ajoutent-ils, ne se voit guère lors du traitement ordinaire anti-ulcéreux », opinion, à notre avis, absolument contraire à la réalité.

Bien plus, ces auteurs citent des cas où ni les antécédents, ni l'examen objectif, ni l'étude sérologique ne justifiaient la suspicion de l'origine syphilitique de l'ulcération, et où un traitement antisiphilitique cependant institué a seul permis de soulager le malade de ses souffrances.

Que le traitement anti-syphilitique puisse avoir une certaine action chez les ulcéreux syphilitiques ou même non syphilitiques, nous ne pouvons le nier a priori puisque nous ne savons que fort peu de chose de l'étiologie, ni de la pathogénie de la « maladie ulcéreuse ».

Mais la faiblesse des arguments que présentent les syphiligraphes pour soutenir l'efficacité particulière du traitement antisiphilitique est illustrée par une observation récemment communiquée par FERRABOUX à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Il s'agit d'un syphilitique avéré chez qui apparut, un jour, tout le syndrome clinique et radiologique de l'ulcère de la petite courbure. L'auteur, dont l'attention avait été attirée par une précédente communication de M. GUTMANN, attendit la fin des douleurs sans instituer aucun traitement, et, la crise terminée, put constater la disparition de la niche tout comme on la constate après une crise ulcéreuse banale. S'il avait institué plus tôt un traitement antisiphilitique, il lui aurait tout naturellement attribué la disparition de la niche

et en aurait tiré argument en faveur de l'origine syphilitique de l'ulcère.

En conclusion, pour le traitement antisypilitique, comme pour les autres traitements à tendance pathogénique que nous avons envisagés plus haut, les tests d'efficacité proposés doivent être l'objet d'une critique sévère, tenant le plus grand compte de la tendance résolutive spontanée du complexe clinico-radiologique qui traduit l'ulcère, et, en particulier de la possibilité de voir disparaître de façon toute spontanée les niches ulcéreuses.

CHAPITRE IV

Interprétation anatomique de la niche en fonction de son caractère intermittent

Cette tendance des niches à la disparition serait inexplicable si, selon la conception classique, la niche était l'image radiologique d'une perte de substance de la paroi gastrique, à fond mince constitué par la partie externe des tuniques gastriques ou par un mince voile séreux, ou même par un organe voisin dans le cas de l'ulcère perforé et bouché auquel correspondrait classiquement l'image typique de HAUDECK. Sans doute il est des niches qui ont cette signification, et nous aurons l'occasion de revenir sur ce point. Mais les niches qui nous occupent ici, les niches qui disparaissent et réapparaissent, ne sont pas que l'image de l'ulcère ; celui-ci est, dans nos cas, une lésion relativement superficielle, presque plane. La niche est l'image d'une petite cavité dont l'ulcère occupe le fond et dans la constitution de laquelle on peut distinguer, avec MOUTIER, deux ordres de phénomènes :

D'une part, des réactions pariétales inflammatoires : œdème des bords mêmes de l'ulcère, gonflement des plis adjacents surplombant l'ulcère ;

D'autre part, des phénomènes cinétiques : spasme ou contractions tendant à former une bourse au fond de laquelle se trouve l'ulcère.

En somme, la niche apparaît comme l'expression

radiologique d'un processus réactionnel à l'ulcère tendant à exclure celui-ci de la grande cavité gastrique ; elle est directement en rapport avec l'ulcère, mais n'est pas exclusivement l'image de la lésion elle-même.

On conçoit donc aisément qu'à la fin de la poussée ulcéreuse, la suppression des phénomènes réactionnels entraîne la disparition de la niche. Ceci revient à dire que l'existence de la niche signifie ulcère en activité ; disparition de la niche signifie ulcère au repos, exactement au même titre que l'existence et la disparition des douleurs. L'alternance de périodes d'activité et de périodes de repos étant précisément ce qui caractérise l'évolution des ulcères, la qualité de « spontanée » que nous attribuons à ce fait indiscutable qu'est la disparition des niches, nous paraît amplement justifiée.

On pourrait poser, à ce propos, d'autres problèmes théoriques : entre autres celui encore si discuté de savoir si l'ulcère est, en fait, une lésion permanente évoluant « in situ » par alternatives de repos et d'activité, ou si ce n'est qu'une lésion susceptible de guérison intégrale avec cicatrisation complète, expression gastrique d'une maladie générale sur laquelle nous sommes encore très mal renseignés : on pourrait, comme l'a fait M. GUTMANN, quand il a proposé sa théorie pathogénique de l'ulcère par allergie locale en comparer, de façon grossière mais imagée, les manifestations gastriques aux manifestations cutanées de l'urticaire ou des herpès récidivants.

Mais ce sont là des questions qui ne se rattachent qu'indirectement au fait que nous étudions ici, qui nous entraîneraient en dehors du cadre que nous nous sommes tracé, et il nous paraît plus intéressant de développer les conséquences cliniques de ce fait, et de tenter d'en montrer le réel intérêt en pratique médicale.

CHAPITRE V

Conséquences pratiques de cette notion

Tout d'abord, du point de vue du diagnostic des ulcères gastriques, la disparition spontanée des niches peut être cause d'erreur ou d'incertitude dans certaines conditions : d'une façon générale, chaque fois que l'histoire clinique n'est pas nette et que l'examen radiologique n'a pu être pratiqué au cours d'une période de douleurs.

Cela peut se produire en particulier dans certaines formes atténuées, que le malade vienne consulter seulement quand les douleurs sont passées, ou que le médecin ne s'avise qu'après la crise de l'utilité d'un examen radiologique.

Autre éventualité, lors d'une hémorragie importante, hématémèse ou hémorragie intestinale, c'est un précepte classique que la nécessité de laisser le malade au repos complet et de surseoir à l'examen radiologique jusqu'à ce que le risque de voir reprendre l'hémorragie puisse être tenu pour nul. Comme l'a montré M. GUTMANN, l'hémorragie fait souvent disparaître les signes par diminution de tous les phénomènes péri-ulcéreux, mais, en outre, il y a de grandes chances pour que la poussée ulcéreuse qui a déterminé l'hémorragie soit achevée lors de l'examen radiologique ; devant l'absence d'image caractéristique sur de multiples clichés, on croit pouvoir éliminer l'hypothèse d'un ulcère. Bien plus, au cas où l'on se déciderait

à intervenir chirurgicalement, l'examen de la pièce pourrait ne montrer qu'une induration légère — une cicatrice étoilée — parfois rien, s'il s'agissait d'un de ces ulcères superficiels n'intéressant pas la musculuse qui sont susceptibles d'une guérison intégrale. Souvent on sera frappé de l'existence de lésions inflammatoires gastriques ou gastro-duodénales. et l'on conclura à gastrite ou gastro-duodénite hémorragique. Ce sont là, d'ailleurs, des lésions primitives ou secondaires qui sont, sans nul doute, fréquentes et jouent un rôle très important dans l'étiologie des hémorragies digestives ; mais nous pensons avec M. GUTMANN, que pour les raisons ci-dessus exposées, l'ulcère qui peut les accompagner est fréquemment méconnu.

Ces difficultés diagnostiques se rencontrent surtout à propos de la première poussée ulcéreuse. car le rythme évolutif n'a pas eu le temps de s'affirmer et la disparition des niches est particulièrement frappante au début de l'évolution. Plus tard, l'interrogatoire fournira des renseignements plus précis, et il persistera souvent dans l'intervalle des poussées, une zone de rectitude, un très petit éperon qui peuvent aider au diagnostic. (Observations VI, VIII, IX.)

Pour ce qui est des vieux ulcères calleux, la tendance évolutive des niches peut également prêter à de grandes difficultés de diagnostic. Mais le problème se pose alors d'une façon toute différente : nous l'étudierons plus loin.

CHAPITRE VI

Problèmes de diagnostic, de pronostic et d'indications thérapeutiques que posent les niches qui ne disparaissent pas

Il nous reste à étudier un problème qui se rattache de très près à la disparition des niches ulcéreuses, et qui est, peut-être, de tous ceux que nous avons envisagés jusqu'à présent, le plus gros de conséquences pratiques : c'est le *problème que pose la persistance à des examens radiographiques répétés d'une image de niche gastrique*.

A ce propos, en effet, peuvent se poser, dans des conditions d'ailleurs assez différentes, tous les problèmes des états dits ulcérocancéreux : diagnostic de l'ulcère calleux avec le cancer gastrique — diagnostic de la dégénérescence maligne éventuelle d'un vieil ulcère, et surtout diagnostic du cancer primitif ulcéroforme de l'estomac.

Tout ce que nous avons dit de la disparition spontanée des niches ulcéreuses, ne concerne que les ulcères évolutifs relativement superficiels.

Mais nous avons vu, dans certaines de nos observations, persister entre les poussées, une zone de rectitude ou un très petit éperon ; il s'agissait d'ulcères qui, du fait de plusieurs récives in situ ou d'une infection locale plus intense, ou d'une autre raison que nous ignorons, avaient plus profondément creusé la paroi gastrique intéressant la sous-muqueuse et

laissant une atteinte permanente de la paroi qui garde une traduction radiologique pendant les périodes de cicatrisation ou tout au moins de non activité de l'ulcère.

A un degré de plus, l'ulcère est susceptible, au terme d'une histoire pathologique habituellement longue, de prendre le type d'ulcère calleux, invétéré, et de réaliser une perte de substance assez profonde dans la paroi gastrique ; il en résultera une image en niche qui sera bien ici, selon la conception encore admise pour tous les ulcères, la traduction radiologique directe de l'ulcère : ici, il s'agira d'une lésion permanente, et permanente également en sera l'image. A peine est-il besoin de rappeler que la signification de la niche est alors entièrement différente de celle que nous lui avons reconnue dans les ulcères jeunes, où elle est due à la combinaison d'une réaction de la paroi gastrique et d'une lésion dont l'image radiologique directe serait beaucoup moins nette.

Il existe, d'ailleurs, un parallélisme remarquable entre la tendance évolutive de signes cliniques et celle des signes radiologiques. Et de même que la niche, intermittente dans les ulcères jeunes, devient permanente dans les ulcères calleux, de même, le rythme évolutif des douleurs tend souvent à s'effacer quand l'ulcère s'invétère, le malade venant à souffrir de façon permanente « tous les jours et toute la journée ».

Ainsi l'existence d'une niche permanente apparaît comme parfaitement compatible avec un diagnostic d'ulcère de l'estomac. Mais c'est une notion qui apporte au diagnostic un élément notable d'aggravation, car elle indique que l'ulcère a perdu cette tendance spontanée à la guérison qui le caractérise, que c'est une lésion chronique sur laquelle les agents thérapeutiques dont nous disposons n'auront que peu d'action.

Mais le fait essentiel est que toute niche qui persiste et à plus forte raison qui tend à augmenter de dimensions quand on compare des radiographies successives, doit faire discuter l'hypothèse d'un cancer gastrique, et cela pour deux raisons :

D'abord, la dégénérescence maligne des vieux ulcères est une éventualité classique. Sa fréquence était jadis considérée comme grande. Puis, il a été de mode de nier presque sa possibilité. Mais il existe des cas où cette transformation est incontestable et il semble même qu'elle n'est pas exceptionnelle.

Ensuite, notion qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit, une lésion d'emblée cancéreuse, peut donner pendant une partie de son évolution, une symptomatologie clinique et radiologique assez proche de celle d'un ulcère : c'est le cancer ulcérimforme.

On peut donc poser en principe que toute niche gastrique qui ne disparaît pas doit éveiller un doute sur le caractère suspect de la lésion : longtemps, on s'est étonné de voir disparaître des niches ulcéreuses évidentes. Nous pensons, au contraire, qu'il faut considérer la disparition des niches ulcéreuses comme le phénomène normal, que c'est la non disparition qui est un phénomène anormal, inquiétant et un argument important en faveur d'un traitement opératoire ; l'examen histologique de la pièce permet seul, dans certains cas, d'affirmer un diagnostic de cancer cliniquement et radiologiquement douteux.

Les observations qui suivent donneront une idée des difficultés d'interprétations qu'offrent souvent ces niches persistantes.

OBSERVATION 10

M. X..., 40 ans.

Souffre depuis trois mois de douleurs épigastriques à type tardif quand il est examiné pour la première fois.

26 septembre 1930.

La radiographie montre alors une grosse niche à la petite courbure.

On fait le diagnostic d'ulcère de la petite courbure, et on institue un traitement à base de bismuth : il n'amène aucune amélioration, et au bout de six mois, on décide de pratiquer une gastro-entérostomie ; malgré cette dernière, les crises de douleurs épigastriques continuent à se produire.

Le 15 septembre 1931. — (Soit un an après les premiers clichés.)

De nouvelles radiographies montrent, malgré tous les traitements médicaux, la persistance de la niche. On continue, néanmoins, à soigner le malade comme ulcéreux ; aucune amélioration.

Le 22 janvier 1932.

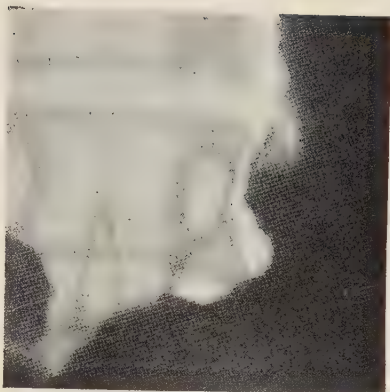
De nouvelles radiographies montrent que la niche persiste encore et qu'elle est maintenant entourée d'une zone d'aspect lacunaire.

En mai 1932.

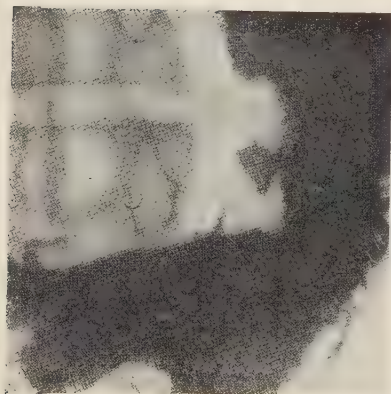
Le Docteur Gutmann voit le malade pour la première fois et fait faire de nouvelles radiographies sur lesquelles un aspect lacunaire cancéreux typique a remplacé la niche.



26 septembre 1930



15 septembre 1931



22 janvier 1932



mai 1932

OBSERVATION 11

M. X..., 51 ans.

Ce malade souffrait, depuis la guerre, de douleurs gastriques tardives, évoluant par crises d'une douzaine de jours séparées par quelques mois de latence absolue.

Depuis sept à huit mois, ces douleurs tendent à devenir quotidiennes et il s'y joint des vomissements acides survenant après les repas. En outre, ce malade avait notablement maigri mais il semblait reprendre du poids depuis quelque temps.

Le 27 février 1936.

Une série radiographique montre une énorme niche de la petite courbure, longue de 3 cm., profonde de 1 cm., située à 1 cm. environ du pylore. Un traitement médical est ordonné (bismuth, injections diverses) qui n'amène aucune amélioration.

Le 21 avril 1936.

Il va alors consulter dans une autre ville ou un spécialiste des maladies du tube digestif conseille de faire de nouvelles radiographies.

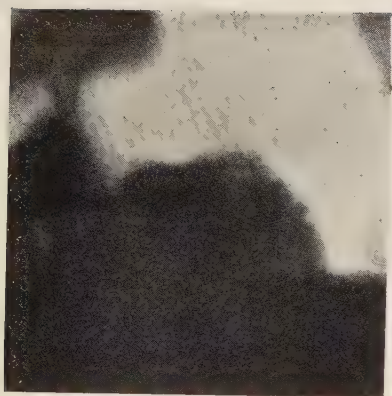
La niche persiste avec le même aspect sur de nouveaux clichés ; sur certains, elle se présente sous l'aspect de « niche en plateau ». Malgré ce résultat, le malade est envoyé chez un autre médecin de la même ville pour subir une gastroscopie. « L'estomac, dit celui-ci, est examiné millimètre par millimètre », et, comme la gastroscopie ne révèle rien, il déclare finalement au malade qu'il n'a aucune lésion de l'estomac, qu'il est « une victime des radiologistes », et le malade repart dans son pays.

Le premier radiologiste très surpris, fait de nouveaux clichés qui montrent que, malgré le traitement, la niche de la petite courbure persiste ; il maintient son diagnostic de cancer ulcéreux, et envoie le malade, muni de son dossier au Docteur Gutmann.

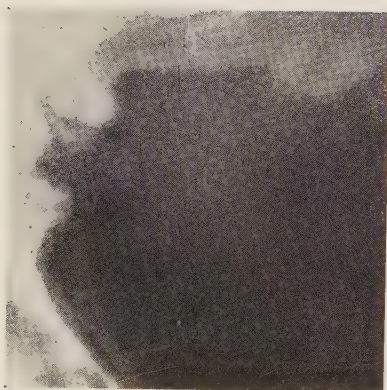
Celui-ci ne peut que confirmer le diagnostic radiologique qui est évident et conseille une gastrectomie.

L'intervention, pratiquée par le Docteur Charrier, montre une lésion indurée juxta-pylorique de la petite courbure, qui serait extirpable, si, malheureusement, des noyaux typiques de cancer secondaire du foie n'étaient pas perçus ; dans ces conditions, il se contente d'une gastro-entérostomie.

Le malade succombe au bout de deux mois, dans un état de cachexie croissante, avec douleurs de la région hépatique, foie bosselé, etc...



27 février 1936



21 avril 1936

M. A. Pi..., 47 ans.

L'interrogatoire de ce malade apprend qu'il ressent depuis sept à huit ans de petits troubles digestifs : aigreurs, brûlures épigastriques, sans caractères cliniques ni mode évolutif bien définis.

Vers le mois de novembre 1934, surviennent, pour la première fois, des vomissements qui se répètent deux ou trois fois par semaine, deux heures environ après les repas ; de la constipation avec aspect noirâtre des selles, sans douleurs épigastriques. Il consulte pour ces troubles, en décembre 1934 ; mais, l'examen clinique n'ayant donné aucun renseignement important, aucun examen radiologique n'ayant été fait on s'en est tenu à ordonner un traitement banal contre la constipation.

Le 26 avril 1935.

Il vient consulter pour des crampes douloureuses épigastriques survenant une demi-heure à une heure après les repas, donnant une sensation de faim douloureuse, d'ailleurs calmées par l'alimentation et par les vomissements.

On rapproche ces troubles des vagues douleurs épigastriques accusées par le malade depuis de longues années et l'on retrouve, dans leur évolution générale des alternatives de douleurs et de latence qui font envisager la possibilité d'un ulcère.

L'examen radiologique pratiqué le 7 mai 1935, montre sur plusieurs clichés une niche à l'union de la portion verticale et de la portion horizontale de la petite courbure.

Un traitement anti-ulcéreux banal est institué.

Le 11 juin 1935.

Les signes cliniques se sont atténués.

Une nouvelle série de radiographies montre que la niche a disparu.

Le 15 janvier 1936.

Nouvelles crises de douleurs gastriques.

Le 21 janvier, nouvelles radiographies qui montrent que la niche a réapparu exactement au même siège que précédemment.

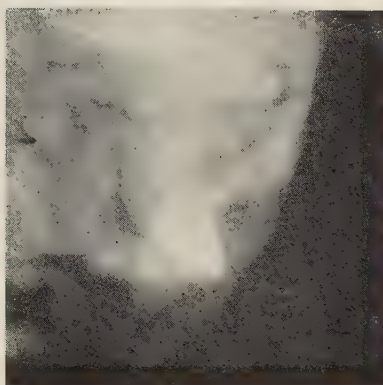
Comme ce malade est un syphilitique ancien, bien qu'il ait été très régulièrement traité, qu'il ne présente aucun des signes cliniques, ni des réactions sérologiques de la syphilis, on ordonne une série thérapeutique de bismuth.

Le 1^{er} mai 1936.

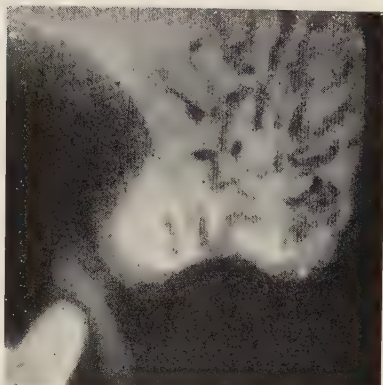
Cliniquement. — Le malade ne souffre plus.

Radiologiquement. — La niche a de nouveau disparu.

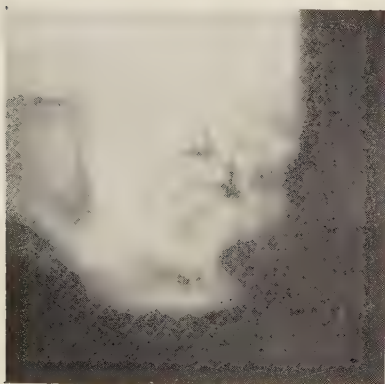
En août 1936. — Nouvelle poussée de douleurs gastriques ;



7 mai 1935



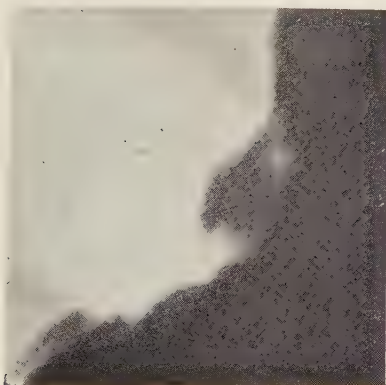
11 juin 1935



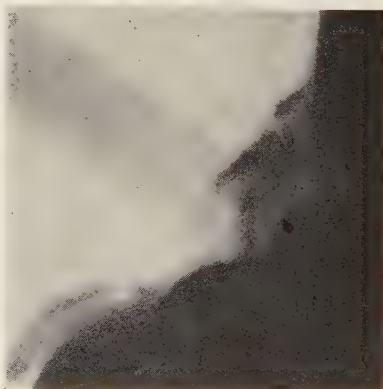
21 janvier 1936



1^{er} mai 1936



octobre 1936



16 novembre 1936

une nouvelle série d'injections bismuthiques commencée doit être interrompue, le malade ne la supportant pas. (Anorexie avec état nauséux et vomissements).

En octobre 1936.

Cliniquement. — Les douleurs sont atténuées, mais persistent.

Radiologiquement. — La niche persiste également, toujours au même siège.

Le 16 novembre 1936.

Les douleurs persistent toujours, ne sont que très faiblement influencées par le sous-nitrate de bismuth ; en même temps, l'état général semble s'altérer. Une sixième série de radiographies montre la persistance de la niche. On décide, en conséquence, de pratiquer une gastrectomie, et le malade entre dans le service de chirurgie le 17 novembre 1936.

L'opération est pratiquée par le Docteur Charrier.

L'examen histologique de la pièce (D. I. Bertrand) donne le résultat suivant :

Estomac : Ulcère avec transformation maligne indiscutable.

Interruption de la musculature dans le secteur ulcéreux.

Lésions modérées d'endartérite.

Transformation épithéliomateuse sur les bords et même à distance de l'ulcère.

Paroi envahie par les traînées néoplasiques.

Le ganglion sous-pylorique examiné est le siège de plusieurs métastases.

Ces trois observations, que nous devons également à la bienveillance de notre maître M. GUTMANN, relatent des histoires cliniques assez différentes et le point qui les réunit est la persistance d'une niche à des examens radiographiques successifs et espacés.

On voit combien cette seule constatation rend une lésion gastrique suspecte aux yeux de M. GUTMANN, puisqu'elle représente un élément important pour décider de la continuation du traitement médical ou pour conseiller l'opération. M. GUTMANN a ainsi publié plusieurs cas où une toute petite niche persistante a été opérée et s'est révélée au microscope comme cancéreuse.

En tous cas, dans les trois observations que nous avons reproduites, la lésion s'est révélée de nature cancéreuse. Dans l'un des cas (Observation X) le diagnostic radiologique était évident quand le docteur GUTMANN a eu l'occasion de voir le malade qui avait subi, antérieurement, une gastro-entérostomie. C'est là l'occasion de faire remarquer que la gastro-entérostomie n'a qu'une valeur thérapeutique tout à fait comparable à celle des traitements médicaux de l'ulcère et qu'une *niche qui ne disparaît pas après gastro-entérostomie indique une lésion à tout le moins suspecte*.

Dans un autre cas (Observation XI) la gastrectomie na pu être pratiquée à cause de la perception de noyaux métastatiques dans le foie : plusieurs mois avaient été perdus à essayer des traitements inopérants, ou à faire des examens inutiles, et, si un médecin averti de l'importance de la non disparition des niches, avait suivi plus tôt ce malade, il est tout à fait vraisemblable que la gastrectomie aurait pu être pratiquée dans d'excellentes conditions.

C'est ce qui s'est produit dans la dernière observa-

tion, où la gastrectomie a été décidée surtout sur la persistance de la niche pendant plusieurs mois, alors même que l'histoire antérieure paraissait être typiquement ulcéreuse et que la disparition de la niche avait été constatée antérieurement à deux reprises. L'examen histologique a confirmé le diagnostic d'un ancien ulcère devenu cancéreux.

Ici, parce qu'on a d'emblée attribué toute sa valeur à la persistance de la niche, la gastrectomie a pu être faite dans les meilleures conditions et tout permet d'espérer un bon résultat.

Ces commentaires sur trois observations nous ont fait poser presque tous les problèmes que nous avons à envisager à propos des niches persistantes. Nous allons les reprendre d'une façon systématique.

Quand on a constaté le caractère permanent d'une niche gastrique, il est classique de dire qu'il faut, avant tout, s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un faux aspect de niche dû à une attraction localisée de la paroi, à une périgastrite, quelle qu'en soit la nature. En réalité, avec de bons clichés et l'habitude de l'interprétation radiographique, une telle question ne se pose pratiquement pas.

Cette cause d'erreur éliminée, la niche peut être considérée avec certitude comme témoin d'une perte de substance de la paroi gastrique ; dès lors, la discussion se trouve limitée à deux hypothèses : l'ulcère persistant et le cancer. C'est un diagnostic dont l'importance est essentielle au point de vue pronostic. Il peut se fonder sur la confrontation de l'histoire clinique et des aspects radiologiques. Mais il reste souvent douteux.

Dans un premier ordre de faits, il s'agit d'une histoire clinique ancienne, caractérisée par l'alternance, de longues années durant, de crises ulcéreuses

et de périodes de latence parfaitement tranchées, au cours desquelles des radiographies, faites en temps utile, auraient certainement permis de constater la disparition des niches.

Puis, peu à peu, l'évolution de l'ulcère a perdu son caractère épisodique ; en même temps que les douleurs deviennent quotidiennes, la lésion s'est indurée, a creusé en profondeur, s'est entourée d'un épaissement parfois pseudo-tumoral du petit épiploon, ou a pénétré dans un organe voisin. C'est, dès lors, une lésion permanente, donnant, comme nous l'avons dit, une image permanente ; c'est aussi une lésion suspecte de dégénérescence maligne.

On peut même compter parfois sur les modifications des signes radiologiques pour reconnaître précocement cette transformation de l'ulcère comme l'apparition autour de la niche d'images d'arrêt des plis, aspects « micro-lacunaires », début d'extension de processus néoplasique.

Il est classique de fonder le diagnostic de cancérisation sur des modifications des signes fonctionnels, et de l'état général, sur divers examens humoraux qui ont, indéniablement une certaine valeur, mais dont la critique nous entraînerait trop loin de la question que nous étudions ici.

La conclusion pratique est que toute niche ulcéreuse permanente indique : soit un ulcère chronique vouant le malade à des troubles fonctionnels pénibles et permanents, sans tendance à la guérison, très peu influençable par le traitement médical ; soit, éventualité plus grave encore, un ulcère dégénéré.

Dans ces conditions, il est clair qu'il n'y a rien à perdre, et tout à gagner, à renoncer, sur la constatation d'une niche permanente, à poursuivre trop longtemps des tentatives de traitement médical suscepti-

bles de faire perdre un temps précieux ; le médecin doit conseiller au malade la gastrectomie, et seul, c'est l'examen histologique de la pièce qui, dans bien des cas, résoudra définitivement le diagnostic.

Dans un second ordre de faits, l'histoire clinique est plus récente — datant de quelques mois, par exemple, — elle ressemblera à celle d'un ulcère gastrique : mais la périodicité ne s'affirme pas très nettement, l'état général s'altère, et la recherche des hémorragies occultes est très souvent positive. Mais, le fait qui doit attirer formellement l'attention, c'est, contrastant avec une histoire récente, que la niche constatée sur les radiographies existe d'une façon constante, ne tend pas à diminuer de volume, mais, au contraire, à persister ou même à augmenter d'une façon régulière.

Il faut, dans ces conditions, penser à la possibilité d'un cancer ulcériforme de l'estomac, et souvent, l'attention étant attirée, on trouvera, dans l'aspect des images radiographiques, des arguments qui permettent d'en confirmer le diagnostic.

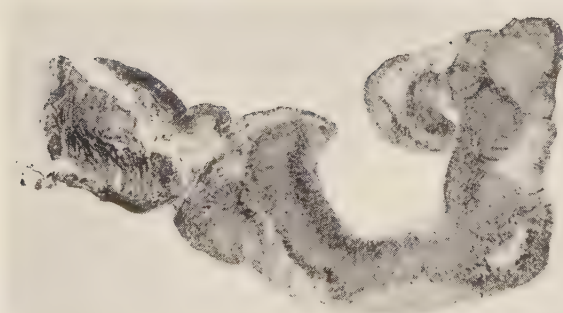
On retiendra particulièrement :

— *Le volume de la niche* : Quand il est considérable et semble disproportionné avec l'ancienneté de l'histoire clinique.

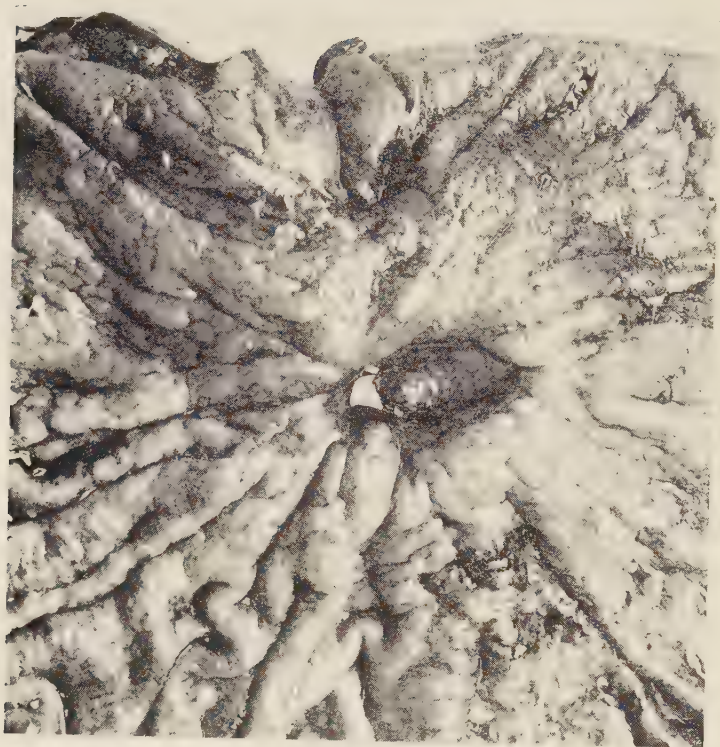
— *La conformation de la niche* : Pédicule d'implantation large, irrégularité des contours étant en faveur d'une lésion cancéreuse.

— *La situation de la niche par rapport à l'estomac* : La niche ulcéreuse fait saillie hors de la petite courbure, tandis que la niche cancéreuse s'inscrit dans une lacune.

— *La disposition des plis de la muqueuse à la base de la niche* : Des plis coupés à une certaine distance,



Cancer ulcériforme



Ulcère calleux

des plis hypertrophiés, irréguliers, d'aspect marécageux, ont une signification suspecte.

Enfin, les « signes indirects d'ulcère » manquent ou sont peu intenses dans le cancer ulcérimorfe ; l'estomac n'est pas hyperkinétique. On n'y remarque pas la biloculation spasmodique.

Un aspect très particulier de ces niches permanentes est la « niche en plateau » sur laquelle M. GUTMANN insiste depuis plusieurs années. Des aspects analogues peuvent d'ailleurs être réalisés exceptionnellement par des ulcères, mais ces dépressions larges, rigides, peu profondes du contour gastrique, traduisant une ulcération arrondie, peu creusante, à bords épaissis, d'ailleurs souvent difficiles à reconnaître, sont, en principe, caractéristiques d'une lésion maligne.

Il s'en faut que les images radiologiques permettent dans tous les cas de poser un diagnostic ferme ; il arrive que l'on reste indécis quant au diagnostic exact.

Ci-contre sont reproduites deux pièces opératoires : dans les deux cas on pensait à une lésion maligne, diagnostic que l'histologie a confirmé dans un des cas et infirmé dans l'autre. Mais, quand on voit combien l'aspect et la coupe macroscopique d'un ulcère calleux peuvent ressembler à ceux du cancer ulcérimorfe, on conçoit aisément que le caractère de la niche, qui n'en est qu'une image malgré tout imparfaite, ne puisse fournir des arguments de diagnostic définitifs.

Au reste, en pratique médicale, il n'est pas absolument indispensable d'avoir un diagnostic anatomique absolument certain pour décider de la conduite à tenir. Ce qui importe, c'est de dire : ou lésion certainement ulcéreuse, ou bien lésion suspecte (sans

préciser davantage) et, de ce seul fait, justifiable de la gastrectomie.

Nous avons vu que, pour faire cette discrimination un peu simpliste, mais capitale en pratique, il n'est pas de test plus objectif et plus commode que la disparition ou la permanence de la niche.

Conclusions

I

Quand on suit par des examens radiographiques répétés un malade présentant un ulcère gastrique, on voit que la niche, signe radiologique essentiel de l'ulcère, est susceptible de disparaître complètement sur les clichés, et éventuellement de réapparaître lors d'une récurrence ulcéreuse ultérieure.

Ce fait a frappé divers auteurs depuis plusieurs années ; son existence ne peut être mise en doute, mais son interprétation est encore l'objet de discussions ; il est, en général, attribué au succès d'une thérapeutique donnée.

II

Le point sur lequel nous avons cru utile d'insister, c'est, au contraire, le caractère spontané de cette disparition des niches ulcéreuses, l'apparition et la disparition de la niche faisant partie du cycle évolutif normal de l'ulcère gastrique.

Cette disparition, comme l'amélioration clinique, peut être aidée par la thérapeutique ; elle n'est pas déterminée par elle ; elle peut survenir en dehors de toute thérapeutique.

III

Il existe donc un parallélisme remarquable entre la tendance évolutive des signes cliniques et celle des signes radiologiques ; l'ulcère — tout au moins l'ul-

cère récent — apparaît, à tous points de vue, comme une maladie épisodique, procédant par périodes de poussées où les signes cliniques et les signes radiologiques apparaissent, et par périodes de latence où les douleurs disparaissent et où la niche s'efface.

IV

En effet, la niche ne représente pas toujours uniquement la lésion de l'ulcère. S'il est des ulcérations profondes où elle est vraiment le moule de cette lésion, il en est beaucoup où elle représente et l'ulcère et la réaction de la paroi gastrique au voisinage de l'ulcère, réaction qui, par divers processus, inflammatoires et spasmodiques, tend à isoler de la grande cavité gastrique la lésion en activité, à l'enfermer au fond d'une petite cavité en bourse dont la niche est précisément l'image. Les niches qui ont cette signification sont précisément celles qui disparaissent pendant les périodes de latence ; en effet (que l'ulcère soit « cicatrisé » ou seulement « au repos »), de même que le retentissement fonctionnel disparaît, de même la réaction pariétale tombe et la niche s'efface.

V

Le caractère spontané, normal de la disparition des niches, entraîne plusieurs conséquences importantes en pratique :

1° Difficulté du diagnostic radiologique d'ulcère quand il doit être fondé sur un examen pratiqué une fois la poussée ulcéreuse terminée, la niche pouvant être complètement effacée :

2° Difficulté d'apprécier l'efficacité des thérapeutiques opposées à l'ulcère : à ce point de vue, le fait d'avoir obtenu la disparition d'une niche ne peut

jamais être retenu. Seule compte la disparition ou, tout au moins, la moindre fréquence des poussées ulcéreuses, avec leur double traduction : *clinique* : les douleurs ; *radiologique* : la niche.

3° Difficulté, aussi, d'affirmer la guérison définitive d'une maladie ulcéreuse, puisque normalement il peut ne rien persister ni au point de vue clinique, ni au point de vue radiologique, dans l'intervalle de deux poussées.

VI

Cette disparition des niches, phénomène normal dans l'évolution des ulcères, est aussi *un signe rassurant*, car elle ne se voit pas dans l'évolution d'une lésion maligne. Une niche permanente peut, certes, être le fait d'un ulcère ancien, calleux ou extériorisé ; mais elle traduit, bien souvent, soit un ulcère cancérisé, soit un cancer ulcériforme. Dans ces deux cas elle a, certes, souvent des caractères particuliers qui peuvent aider au diagnostic. *Mais c'est la non disparition de la niche, malgré les traitements, qui est, par excellence, le signe rendant suspecte une lésion gastrique ; elle est donc un argument important pour faire renoncer aux tentatives de traitement médical, et envisager la gastrectomie.*

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

Bibliographie

- CAILLÉ et MOUTIER. — Disparition d'images diverticulaires accompagnant l'ulcus gastrique après traitement médical. *Sté de gastro-eutérologie de Paris*, Séance du 4 décembre 1932.
- CAMBIER et DICKER. — A propos de la disparition spontanée des symptômes cliniques et radiologiques de l'ulcère gastrique. *Le Scalpel*, 12 août 1933.
- DELORT. — Les causes, les conditions d'apparition, les aspects des ulcères gastriques et duodénaux. *Les cahiers de gastro-entérologie*, 15 nov. 1934.
- P. DUVAL, J. Ch. ROUX, H. BÉCLÈRE. — Radiologie clinique du tube digestif. Masson 1936.
- J. T. EADS. — The Treatment of Peptic Ulcer. *American Journal of digestive diseases*, Sept. 1935.
- M. FEISSLY. — Les modifications radiologiques qu'on observe souvent dans les ulcères gastriques avec niche de Hau-deck. *Sté de gastro-eutérologie de Paris*, Séance du 12 nov. 1923.
- FERRABOUC, VEYSSI et R. VIALON. — Ulcère gastrique ; syphilis héréditaire et syphilis nerveuse ; sclérose pulmonaire gauche et attraction du médiastin. *Sté Médicale des hôpitaux de Paris*, Séance du 10 janvier 1936.
- FROMENT. — Le traitement des ulcères gastro-duodénaux. Masson 1935.
- R. A. GUTMANN. — Syndromes douloureux de la région épigastrique. Masson 1933. Tome I.
- Indications respectives de la radioscopie et de la radiographie dans les maladies du tube digestif. *Presse médicale*, Ferrier 1931.

- La gastro-entérologie. *Documents médicaux* N° 8.
- Début et évolution des ulcères. *Journal belge de gastro-eutérologie*. Janvier 1936.
- La disposition spontanée des niches ulcéreuses gastriques. *Le documentaire médical*. Mars 1936.
- Les divers aspects du bulbe ulcéreux. *Bulletin de la Sté de radiologie méd. de France*. Juin 1932.
- La niche en plateau. *Le documentaire médical*. Nov. 1936.
- Le problème de l'ulcéro-cancer. *Paris-Médical*. 13 juillet 1935.
- Le cancer de l'estomac à la période du début. Formes cliniques. *Le concours médical*. 29 oct. 1933.
- Le diagnostic radiologique du cancer de l'estomac au début. *Archive d'électricité médicale*. Nov. 1933.
- Les éléments de diagnostic entre le cancer ulcériforme et l'ulcère vrai. *Bulletin de la Sté méd. des Hôpitaux de Paris*. 23 déc. 1932.
- R. A. GUTMANN, G. VOULPIOTIS. — Le début des ulcères. *Sté méd. des Hôpitaux de Paris*. Séance du 29 nov. 1935.
- L'évolution des ulcères. *Sté de Rad. Méd. de France*. 15 janvier 1936.
- R. A. GUTMANN, MME PARTURIER-LANEGRAVE, M. DEMOLE. — A propos du traitement médical des ulcères. *Arch. de M. de l'app. digestif*. Février 1932.
- R. A. GUTMANN, Mlle REKIS, T. DASCALAKIS. — Critères d'efficacité dans le traitement médical des ulcères. *Presse médicale*. 15 fév. 1936.
- R. A. GUTMANN, J. CHARRIEL, I. BERTRAND, G. BEAUGEARD. — Un cas de cancer ulcériforme au début. *Sté Méd. des Hôpitaux de Paris*. Séance du 22 mai 1936.
- HAUDECK. — Interprétation de la niche pour le diagnostic de l'ulcus. *Fortsch. a. d. Geb. der Röntge* 1925.
- KIRKLIN et EUSTERMANN. — Diagnostic clinique et radiologique des lésions bénignes et malignes. *American Journ. of. Surg.* Mars 1932.
- A. LANDAU et J. HELD. — La syphilis gastrique. 1936.

- MAC CARTHY. — Ulcère gastrique et cancer gastrique. *American Journ. of Roentg.* Décembre 1929.
- MOUTIER. — L'ulcère dormant. Essai clinique gastroscopique. *Sté de gastro-entérologie de Paris*. Séance du 9 octobre 1933.
- Le diagnostic de la guérison dans l'ulcus gastro-duodénal à la lumière de la clinique, de la radiologie et de la gastroscopie. *Sté de gastro-entérologie de Paris*. Séance du 8 juin 1931.
- Traité de gastroscopie. Masson 1935.
- MOUTIER et PORCHER. — Guérison médicale sous contrôle radiologique des ulcères cavitaires de l'estomac. *Presse médicale*. 7 septembre 1927.
- P. OURRY et J. MÉZARD. — Traitement médical des ulcères gastro-duodénaux. *La pratique médicale illustrée* 1933.
- Mme PARTURIER-LANEGRACE. — Ulcères et grossesses. *Sté de gastro-entérologie de Paris*. Séance du 6 juillet 1936.
- F. RAMOND et Ch. JACQUELIN. — A propos de la cicatrisation des ulcères gastriques. *Les cahiers de gastro-entérologie*. 15 nov. 1934.
- ROSENTHAL. — Symptomatologie et traitement de l'ulcère gastrique et duodénal. Berlin 1919.
- A. SALOTTI. — Sur les signes radiologiques du cancer de l'estomac. *Minerva Medica* 1930.
- E. TIMBAL. — Ulcère de la petite courbure de l'estomac avec image diverticulaire. Disparition du diverticule après le traitement médical. *Sté de gastro-entérologie de Paris*. Séance du 12 nov. 1923.

